

Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay"

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD MENTAL EN ANCIANOS DEL MUNICIPIO PLAYA 1996. (PARTE II)*

Héctor Bayarre Vea,¹ Alfonso Fernández Fente,² Omar Trujillo Gras³ y Jesús Menéndez Jiménez⁴

RESUMEN: La discapacidad mental, íntimamente relacionada con el incremento de la expectativa de vida, se considera entre los problemas más graves que tenemos que enfrentar en la presente década y en el próximo siglo XIX. Con la finalidad de estimar la prevalencia de discapacidad mental de los ancianos del municipio Playa, se realizó un estudio descriptivo en esta población. Para ello se escogió, mediante Muestreo Estratificado Polietápico, una muestra de 968 ancianos que residían en este territorio entre el 1 de julio de 1995 y 30 de junio de 1996. La información se obtuvo mediante el Miniexamen del Estado Mental (MEM), el índice de Lawton (IL), y de una encuesta que contenía información socio-demográfica. El procesamiento de la información incluyó la estimación puntual y por intervalos de tasas crudas y específicas de prevalencia, y distribuciones de frecuencia absolutas y relativas. Se constató una discapacidad mental del 13,0 % (10,2-15,7). El recuerdo con el 47,4 % y el cálculo y la atención con 44,4 % fueron las esferas de mayor afectación. Además, se observa un incremento de este tipo de discapacidad con la edad, con predominio del sexo femenino (14,9 %); en tanto ésta disminuye en la medida en que se incrementa la escolaridad.

Descriptor DeCS: PERSONAS CON INCAPACIDAD MENTAL; ESPERANZA DE VIDA; ANCIANO.

La discapacidad mental, relacionada con el incremento de la expectativa de vida, se considera entre los problemas más graves que hay que enfrentar en la presente década y en el próximo siglo XXI.¹ Su evaluación es difícil, ya que ésta es consecuen-

cia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales.²

Para el estudio de la discapacidad mental, o deterioro cognitivo, se han creado

* Premio en XXI Concurso "Premio Anual de la Salud".

¹ Master en Salud Pública. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Asistente.

² Residente de Tercer Año en Bioestadística.

³ Master en Psicología Clínica. Master en Gerontología Médica y Social. Licenciado en Psicología.

⁴ Especialista de II Grado en Geriatria. Instructor.

varios instrumentos, pero no es hasta 1975, con la creación por Folstein, Folstein y Mc Hugh del Miniexamen del Estado Mental (MEM), que se logra un cuestionario que permite el pesquisaje del deterioro cognoscitivo o la caracterización del funcionamiento en esta esfera. Este instrumento, de amplio uso en la investigación en grupos comunitarios, abarca las áreas de la orientación, registro, atención, cálculo, recuerdo, lenguaje y construcción vídeo espacial.^{3,4}

En Cuba se han realizado varios estudios para estimar la magnitud del deterioro cognitivo de los ancianos bajo régimen hospitalario, sin embargo, no encontramos investigaciones de este tipo en el ámbito comunitario, por lo que realizamos un estudio, con el propósito de estimar la prevalencia de discapacidad mental en la población anciana del municipio Playa.

Método

La investigación clasifica como un estudio de prevalencia, de tipo descriptivo, que se realizó en el municipio Playa; dado que este territorio está convenido con la Escuela Nacional de Salud Pública, por lo que es factible la realización de investigaciones que, como ésta, demandan de una importante colaboración por parte de los profesionales de la salud de las áreas objeto del estudio.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por 28 215 ancianos que residían en el municipio Playa, entre el 1 de julio de 1995 y el 30 de junio de 1996; se escogió una muestra de 962 ancianos, determinada a partir de la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra

en poblaciones finitas⁵ para lo cual se consideró, a partir de un pilotaje, una prevalencia de discapacidad mental del 40 %, un máximo error admisible del 4 % y una confiabilidad del 95 %. Se utilizó un efecto de diseño de 1,5 % y se estimó una caída muestral de aproximadamente el 2 %.

Para la selección definitiva, se utilizó como técnica muestral el Muestreo Estratificado Polietápico.⁵ Finalmente, fueron entrevistados 949 ancianos; los 13 restantes no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

ÉTICA

Se contó con el consentimiento oral y escrito de los ancianos que resultaron seleccionados, o en su defecto, con la aprobación de personas responsabilizadas con él, para lo cual se confeccionó una planilla (Anexo I). Además se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

VARIABLES

Para estimar la prevalencia de discapacidad mental global y específica se estudiaron las siguientes variables: Presencia de discapacidad mental, Edad, Sexo, Principales alteraciones del MEM, Ocupación y Escolaridad.

La discapacidad mental se consideró presente si el anciano obtuvo menos de 24 puntos en el MEM, y ausente en caso contrario (Anexo II).

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La información se obtuvo por la aplicación del Miniexamen del Estado Mental,

y una encuesta de variables socio-demográficas.

La aplicación de los instrumentos se realizó con la siguiente secuencia:

1. Se aplicó el MEM y si el anciano obtuvo una puntuación menor de 24 puntos se consideró que existía deterioro cognoscitivo, en cuyo caso no se le aplicó la encuesta de variables socio-demográficas.
2. Se aplicó la encuesta de variables socio-demográficas en aquellos ancianos que no resultaron excluidos en el primer paso, en caso contrario, se le aplicó esta encuesta a familiares o convivientes con éste.

La aplicación fue realizada por los autores del trabajo apoyados por residentes de primer año de Bioestadística, psicólogos y médicos de la familia que se motivaron con la investigación. Los entrevistados pasaron un adiestramiento, consistente en un seminario que fue impartido por los investigadores. Además, los autores realizaron un control de calidad al 10 % de los entrevistas seleccionadas aleatoriamente durante la ejecución del trabajo.

Se empleó el sistema (FOXBASE PLUS) para tratamiento de datos. Para dar cumplimiento al objeto del estudio se estimaron las tasas de prevalencia de discapacidad mental global y específicas según variables de interés, tanto puntual como por intervalos. La información se procesó a través de los programas SPSS ver. 7.0.0 para WINDOWS 95 y ERMU.⁵ Los resultados se exponen en cuadros estadísticos.

Para la ejecución del estudio se realizaron coordinaciones a escala municipal, del área de salud y de los consultorios del médico de la familia que resultaron seleccionados, lo cual permitió la recogida de la in-

formación necesaria para dar cumplimiento al objetivo propuesto.

Resultados

La estimación de la discapacidad mental, en ancianos del municipio Playa, durante el período bajo estudio, arrojó una prevalencia puntual del 13,0 %, con un intervalo de confianza del 95 % que oscila entre el 10,2 y el 15,7 %.

La prevalencia de discapacidad mental según edad, se muestra en la tabla 1. En ella se observa un incremento con la edad, con tasas que se mueven entre el 5,1 % (IC: 2,9 % - 17,3 %), para el grupo comprendido entre 60 y 69 años y 13,7 % (IC: 28,5 % - 46,9 %).

TABLA 1. Prevalencia de discapacidad mental según edad

Grupos de edad	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
60-69 (n=449)	23	5,1	2,9-7,3
70-79 (n=341)	40	11,7	8,3-15,1
80 y más (n=159)	60	37,7	28,5-46,9
Total (n=949)	123	13,0	10,2-15,7

* por 100 ancianos.

En relación con la prevalencia de discapacidad mental por sexo (Tabla 2), se obtuvo el 14,9 % para el sexo femenino (11,8 % - 18,1 %), discretamente superior a la del sexo masculino.

En la tabla 3 se muestra la prevalencia de la discapacidad mental según la ocupación. Como se observa, los desocupados que presentan discapacidad mental son 121 ancianos, con una prevalencia del 15,0 % (11,7 % - 18,4 %) lo que contrasta con

TABLA 2. Prevalencia de discapacidad mental según sexo.

Sexo	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Masculino (n=347)	33	9,5	5,1-13,9
Femenino (n=602)	90	14,9	11,8-18,1
Total (n=949)	123	13,0	10,2-15,7

* por 100 ancianos.

solo dos ancianos que se mantenían ocupados y que se encuentran discapacitados, para una prevalencia del 1,3 % (0,3 % - 2,2 %). Es de señalar que estos casos corresponden a un anciano que está amputado de un miembro inferior, pero que se mantiene laborando en su casa por cuenta propia, y el otro se encuentra trabajando en actividades agrícolas.

TABLA 3. Prevalencia de discapacidad mental según ocupación

Ocupación	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Ocupación (n=143)	2	1,3	0,3-2,2
Desocupado (n=806)	121	15,0	11,7-18,4
Total (n=949)	123	13,0	10,2-15,7

* por 100 ancianos.

La prevalencia de discapacidad mental según la escolaridad se muestra en la tabla 4. Hay un decremento de la discapacidad con el incremento de la escolaridad, es decir, los mayores niveles de discapacidad son del grupo de analfabetos, con tasa de 53,8 % (38,0 % - 69,0 %). La menor prevalencia, con

2,7 % (1,0 % - 4,4 %) corresponde a los universitarios.

TABLA 4. Prevalencia de discapacidad mental según escolaridad

Escolaridad	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Analfabeto (n=26)	14	53,8	38,0-69,0
Primaria inconclusa (n=233)	44	18,8	13,2-24,5
Primaria concluida (n=370)	46	12,4	8,2-16,7
Secundaria concluida (n=159)	11	6,9	3,8-11,3
Preuniversitario concluido (n=88)	6	6,8	1,9-12,1
Universidad concluida (n=73)	2	2,7	1,0-6,5
Total (n=949)	123	13,0	10,2-15,7

* por ancianos.

La tabla 5 muestra las principales alteraciones del MEM en los grupos de discapacitados y de no discapacitados; así, las principales alteraciones detectadas desde el punto de vista del estado mental, se relacionan fundamentalmente con el recuerdo (450 ancianos, 47,4 %), seguido por las alteraciones en el cálculo y la atención (421 ancianos, 44,7 %), resultados que contrastan con la dificultad en el registro (18 ancianos, 1,9 %) y con el lenguaje (43 ancianos, 4,5 %).

La aparición de estas alteraciones en relación con la presencia o no de discapacidad mental, evidencia que en una elevada proporción de individuos donde no se pudo diagnosticar este tipo de discapacidad presentan serias dificultades en el cálculo y la atención (308 ancianos,

TABLA 5. Ancianos con alteraciones según dimensiones del Miniexamen del Estado Mental

Miniexamen del estado mental	Discapacidad mental				Total	
	Presente		Ausente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Orientación	95	10,0	64	6,7	159	16,8
Registro	16	1,7	2	0,2	18	1,9
Cálculo y atención	113	11,9	308	32,5	421	44,4
Recuerdo	107	11,3	343	36,1	450	47,4
Lenguaje	39	4,1	4	0,4	43	4,5

n=949.

32,5 %) y en el recuerdo (343 ancianos, 36,1 %). Observe que estos son los dos únicos aspectos con predominio de alteraciones en ancianos cuyo puntaje total se encuentra entre 24 y 30 puntos.

Discusión

Al analizar la prevalencia de la discapacidad mental, otros autores^{3,6-8} que usaron el MEM para la obtención de la información, reportan una similar, aunque es de señalar que varios de estos estudios se basaron en cohortes pequeñas, de un solo sexo o cohortes que incluían los muy viejos o bien los más jóvenes, lo cual limita la comparación.

Bond⁹ plantea que el estado mental es determinante para la independencia del anciano; el deterioro mental también está asociado a la reducción de la capacidad funcional y, por lo tanto, los ancianos con alteraciones mentales pueden llegar a ser altamente discapaces.

El incremento de la discapacidad mental con la edad, es semejante a lo reportado en la literatura consultada,^{10,11} que refiere que con el decursar de los años la capacidad perceptual, el razonamiento inductivo, la simbolización, así como la inteligencia verbal y el coeficiente intelectual, van en decremento.

Otro interesante grupo de investigadores¹²⁻¹⁴ se refieren a los cambios que se producen en la memoria con el incremento de la edad. La mayoría considera que existe una lentitud generalizada en el procesamiento de la información a medida que avanza la edad. Además, es de suponer que este declinar de la capacidad mental con la edad del anciano es lógico, dado el deterioro biológico y funcional que sufre el individuo al envejecer.

En el proceso del envejecimiento se afectan algunas funciones fisiológicas; sin embargo, hoy día, se acepta que la mayoría de las personas no manifiestan alteraciones que influyan marcadamente en su funcionamiento intelectual hasta que pasan los 80 años.

Al igual que en otras poblaciones de ancianos,¹⁵ el sexo femenino presenta una prevalencia de discapacidad mental mayor que el sexo masculino. En realidad no se conocen sus causas. Sin embargo, este hallazgo probablemente se deba a que el sexo femenino es mayoría en el grupo de 80 y más años, lo cual posibilita que sean más afectados y limitados. Por otra parte, la pobre incorporación de la mujer de estos grupos etáreos al trabajo, por las costumbres sociales, puede que haya posibilitado que la pérdida de la habilidad y la rapidez de ejecución ante situaciones complejas y con

varias actividades simultáneas, sea mayor para este sexo.

La actitud del anciano que manifiesta un sentimiento de apatía y resignación que frena su iniciativa de buscar la manera de mantenerse en activo, es la que hace que éste no contrarreste las limitaciones psíquicas que experimenta.¹⁵ Por lo que puede suponerse que la declinación de las habilidades se deba más a la falta de entrenamiento y al abandono de la actividad que al proceso biológico propiamente dicho.

Como dijo Perogrullo: "si el uso excesivo lleva al desgaste, la falta de uso lleva a la atrofia".¹⁵ Este principio se aplica muy bien a las capacidades físicas y psicológicas del hombre y la mujer que envejecen.

La prevalencia de discapacidad mental encontrada según la escolaridad coincide con la de otros estudios,^{7,8,12-14,16} lo que hace suponer en la medida en que el anciano tiene un menor nivel escolar se ven más limitadas sus motivaciones e intereses, lo que interfiere en la calidad de sus procesos intelectuales y en su capacidad mental en general. Además, la forma de medir la discapacidad mental, a través del MEM, puede llevar a posiciones desventajosas a quienes tienen una subescolaridad, pues algunas de las tareas tienen que ver con el dominio de operaciones aritméticas y la utilización del lenguaje escrito. Similar situa-

ción se les ha presentado a otros investigadores, no obstante el MEM sigue siendo un método universalmente extendido para evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano.

Los resultados de las alteraciones más afectadas en el MEM son similares a los de otros trabajos.^{12-14,16} Se puede afirmar que el recuerdo, el cálculo y la atención son las funciones mentales que primeramente se ven alteradas en el individuo de edad avanzada.

Como señalan otras investigaciones,^{17,18} esto puede que se deba a que los ancianos, para la realización de tareas que demandan del cálculo y la atención, requieren un mayor esfuerzo, por la falta de entrenamiento en este tipo de actividad. Además, el recuerdo se deteriora como consecuencia de una mayor lentitud de procesamiento, propio del incremento de la edad. Respecto a los efectos del envejecimiento sobre la memoria, las investigaciones más recientes¹⁹ señalan que las causas por las que se producen trastornos mnésicos son complejas, ya que existe una base biológica (cambios o pérdidas de células cerebrales) y factores psicosociales, probablemente de mayor importancia que las limitaciones somáticas: nivel bajo de inteligencia, falta de hábito para recordar por tener una vida rutinaria y falta de motivación, entre otros.

ANEXO I. Planilla de consentimiento

Yo _____ me comprometo a participar en la investigación PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD EN EL ANCIANO DEL MUNICIPIO PLAYA, bajo el compromiso por los autores de no divulgar ninguna información relativa a mi persona

NOMBRE Y APELLIDOS _____ FIRMA _____

ANEXO II. Encuesta para medir la discapacidad mental

Datos generales

Nombre: _____ Fecha: _____
Policlínico: _____ Consultorio: _____

I. Miniexamen del Estado Mental

I. Orientación

(máximo 10 puntos)

Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle donde habita o vive, número de su casa.

¿En qué ciudad estamos?

¿Qué provincia?

¿Qué país?

1. Día de hoy _____

2. Mes _____

3. Año _____

4. Día de la semana _____

5. Estación _____

6. Dirección _____

7. Número de la casa _____

8. Ciudad _____

9. Provincia _____

10. País _____

II. Registro:

(máximo 3 puntos)

Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: PELOTA/
BANDERA/ÁRBOL.

Repetirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.

11. Pelota _____

12. Bandera _____

13. Árbol _____

de intentos _____

III. Cálculos y Atención:

(máximo 5 puntos)

Contar desde 100 hasta abajo restando 7.

Para después de 5 respuestas: (93, 86, 79, 72, 65). Dar un punto por cada respuesta correcta. Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODNUM=5 / ODMUN=3

14- 93 _____

15- 86 _____

16- 79 _____

17- 72 _____

18- 65 _____

19. No. de letras bien ubicadas: _____

IV. Recuerdo:

(máximo 3 puntos)

Preguntar por las tres palabras repetidas previamente. Un punto por cada respuesta correcta.

20. Pelota _____

21. Bandera _____

22. Árbol _____

V. Lenguaje:

(máximo 9 puntos)

- Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: "¿Qué es esto?". Repetir lo mismo para el lápiz. Un punto por respuesta correcta.
- Repetir la frase: "Ni sí, ni no, ni peros".

23. Reloj _____

24. Lápiz _____

- Realizar una orden en 3 tiempos (tomar un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso).

- Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS.

- Escritura: Orientar al sujeto para que escriba una frase u oración.

- Copiar un dibujo del *Test* de Bender.

25. Repetición _____

26. Coger el papel con la mano derecha _____

27. Doblarlo por la mitad _____

28. Ponerlo en el piso _____

29. Cerrar los ojos _____

30. Escritura de la oración _____

31. Dibujo _____

Puntuación:

Sumar el número de respuestas correctas.

En las respuestas del Aspecto III, incluir los ítems del 14 al 18 ó el ítem 19, pero no ambos.

El máximo de puntos es 30.

SUMMARY: Mental impairment, closely related to increased life expectancy, is one the most serious problems at present and for the next century. A descriptive study of aged people was carried out in Playa municipality with a view to estimating the prevalence of mental disability of elders living there. To this end, a sample of 968 older people, who lived in the territory from July 1st, 1995 to June 30th, 1996, was selected by a Multiphase Stratified Sampling. Data was gathered using the Minimental state examination (MSE), Lawton's index (IL), and a survey with socio-demographic information. Data treatment included point and interval estimation of gross and specific prevalence rates and relative and absolute frequency distributions. A mental disability of 13 % was found (10.2 - 15.7). Memory with 47.4 % and calculation and attention with 44.4 % were the most affected fields. Furthermore, it was observed that this type of disability increases with age and females are predominant (14.9 %) whereas it decreases with increasing educational level.

Subject headings: **MENTALLY DISABLED PERSONS? LIFE EXPECTANCY; AGED.**

Referencias Bibliográficas

1. Rubenstein LZ. The clinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc.* 1983;31:758.
2. Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca, 1992.
3. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh PR. Minimental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psych Res* 1975;12:189-98.
4. Folstein M, Anthony JC, Parhad Y. The meaning of cognitive impairment in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1988;18:716-26.
5. Silva Aycaguer LC. Muestreo para la investigación en salud. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
6. Pardavilla B. Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años. *Rev Serv Soc Pol Soc* 1989;14:28-37.
7. Brayne C, Calloway P. The association of education and socioeconomic status with the minimental state examination and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. *Age and Ageing* 1990;19:91-6.
8. Berkman L. The association between educational attainment and mental status examination: of etiologic significance for senile dementia or not? *J Chron Dis* 1986;39:171-4.
9. Bond J, Constans V. Services of the elderly Scottish Health Services. *Studies No.42*, Edimburg: S/E 1982.
10. Owens WA. Age and mental abilities: a second adult follow-up. *J Educ Psychol* 1966;57:311-25.
11. Shaick Strother C. The effect and time cohort differences upon age: changes in cognitive behavior. *Multivar Behav Res* 1968;3:259-94.
12. Lorschach TC, Simpson GB. Age differences in the rate of processing in short-term memory. *J Gerontol* 1984;39:315-21.
13. Craik FI. On the transfer of information from temporary to permanent memory. *Philos Trans R Soc London* 1983;302:341-59.
14. Borke DM, Light LL. Memory and aging: the role of retrieval processes. *Psychol Bull* 1981;90:513-46.

15. Barros LC. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Anzola E. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:57-66 (Publicación Científica; 546).
16. Light LL, Sing A. Implicit and explicit memory in young and older adults. *J Exp Psychol* 1987;13:531-41.
17. Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Anzola E. La atención del anciano: un desafío de los años 90. Washington DC: OPS, 1994:67-73. (Publicación Científica;546).
18. Mc Ghie A, Chapman J, Lauson J. Changes in immediate memory with Age. *Br J Psychol* 1965;56:69-75.
19. Moragas R. Gerontología Social. Barcelona: Herder, 1991.

Recibido: 26 de marzo de 1999. Aprobado: 2 de abril de 1999.

Dr. Héctor Bayarre Vea. Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay". Ave 31 e/146 y 150, Reparto Cubanacán, Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.